



CUESTIONARIO SOBRE PÉRDIDA DEL SENTIDO AUDITIVO EN EL TRABAJO

Nombre del demandante			Número de reclamo		Fecha de lesión (lastimadura)		
1. ¿Fecha cuándo notó por primera vez la pérdida del sentido auditivo?			2. ¿Fue la aparición de la pérdida del sentido auditivo: <input type="checkbox"/> Repentina? <input type="checkbox"/> Gradual?				
3. ¿Qué clase de problema(s) auditivo(s) esta teniendo? (Encierre en un círculo la letra de todos los conceptos aplicables) A. ¿Le silban los oídos? B. ¿Tiene dificultades para oír al hablar por teléfono? C. ¿Tiene dificultades para oír las comunicaciones orales en conversaciones entre Ud y otra persona? D. ¿Tiene dificultades para entender las comunicaciones en presencia de ruidos circundantes? E. ¿Otra cosa? – Dé una explicación:			4. Durante su empleo, ¿era un obstáculo para su trabajo su pérdida del sentido auditivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo?				
			4a. ¿Hizo su empleador o sindicato un examen del oído? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
5. Nombre y dirección del médico que le dijo que su pérdida del sentido auditivo era ocupacional. Nombre del médico			6. ¿Cómo fue notificado? <input type="checkbox"/> Por escrito (Si fue así, favor de adjuntar una copia) <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otra manera (favor de especificar)				
Dirección			8. Cuándo le dijo por primera vez un médico que su pérdida del sentido auditivo se debía al ruido de su trabajo, también le indicó que debía obtener A. ¿Tratamiento médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué clase de tratamiento médico? B. ¿Un aparato de ayuda auditiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No C. ¿Se le hizo un audiograma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Ciudad Estado Código Postal							
7. ¿Ha sido examinado por algún otro médico debido a su pérdida del sentido auditivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor proporcione:			9. En el pasado, ha tenido que usar aparatos de ayuda auditiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo? Mes Año				
Nombre del médico Fecha del examen ¿Le hicieron audiograma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Dirección del médico			Nombre del médico				
Ciudad Estado Código Postal			Dirección del médico				
Nombre del médico Fecha del examen ¿Le hicieron audiograma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Ciudad Estado Código Postal				
Dirección del médico			Ciudad Estado Código Postal				
Ciudad Estado Código Postal			Ciudad Estado Código Postal				
10. ¿Tiene algún problema de salud, para el cuál debe tomar medicamento en forma regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuál es el problema de salud y qué tipo de medicamento está tomando?							
11. Nombre y dirección del médico que prescribe su medicamento: Nombre del médico				12. ¿Ha recibido alguna lesión (lastimadura) en sus oídos? En caso afirmativo, describa su lesión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección							
Ciudad Estado Código Postal							

13. ¿Ha tenido alguna enfermedad que afectara sus oídos o su capacidad auditiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique cuando (fechas) y nombre de la enfermedad.	14. Alguna vez, ¿ha tenido alguna lesión en la cabeza? En caso afirmativo, describa su lesión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. ¿Ha tenido alguna enfermedad con fiebre elevada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, favor de indicar cuándo y el nombre de la enfermedad.	

HISTORIAL DE LA SALUD

16. ¿Han existido miembros de su familia que hayan tenido pérdida del sentido auditivo? Sí No
 En caso afirmativo, especifique: (ej. Madre, padre, tía, tío, etc.)

PARTICIPACIÓN SINDICAL

17. ¿Era miembro de un sindicato cuándo fue expuesto a ruido que usted creé pudiera haber contribuido a su pérdida de sentido auditivo? Sí No
 En caso afirmativo, ¿de qué sindicato?

EXPOSICIÓN A RUIDOS NO RELACIONADOS AL TRABAJO

18. ¿Tiene usted pasatiempos o actividades fuera del trabajo que incluyan ruidos fuertes, como los que siguen? (Marque todos los que sean aplicables)

<input type="checkbox"/> Música fuerte	<input type="checkbox"/> Nievemóviles	<input type="checkbox"/> Volar aviones
<input type="checkbox"/> Reparación de automóviles	<input type="checkbox"/> Motocicletas	<input type="checkbox"/> Manejo de equipos ruidosos como:
<input type="checkbox"/> Trabajo con madera	<input type="checkbox"/> Lanchas a motor	<input type="checkbox"/> Tractores
<input type="checkbox"/> Metalurgia	<input type="checkbox"/> Caza/Tiro al blanco	<input type="checkbox"/> Equipos agrícolas
<input type="checkbox"/> Corte de Madera	<input type="checkbox"/> Carreras de automóviles	<input type="checkbox"/> Cortadoras de pasto/hierba
		<input type="checkbox"/> Otros – Por favor, especifique:

19. Tipo de equipo o herramienta que usa en su pasatiempos o actividades: ¿Frecuencia? ¿Duración (de uso)?

Por favor, dar una lista de otras pasatiempos o actividades en que participa que incluyen ruidos fuertes:

OTRA INFORMACIÓN

20. ¿Que es su presente salario o cuál fue su último salario?

Cantidad (Dólares)	Forma de pago	
\$	<input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes	

21. ¿Está jubilado? Sí No A. Si está jubilado(a), ¿porqué se jubiló?

B. Si está jubilado(a), ¿cuál fué la última fecha que usted trabajó donde estaba expuesto al ruido que usted piensa contribuyó a su pérdida de sentido auditivo?

Mes	Año
-----	-----

C. ¿Recibió usted un examen de oído como parte de un examen físico cuando se jubiló? Sí No

22. Estaba contribuyendo su empleador al seguro médico, dental, o de la vista de Ud (o de un miembro familiar) en la última fecha que usted trabajó cuando fue expuesto a ruido que pudiera haber contribuido a su pérdida de sentido auditivo? Sí No

23. Fecha de hoy: _____ Firma: _____